Санаторно-реабилитационное лечение детей с сахарным диабетом в Рязанской области

И.И.Дубинина, А.Ю.Филимонова, А.А.Виноградов, А.В.Матюхина

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова
(ректор – акад. РАН **Е.А.Строев**), Рязань

Регистр заболеваемости инсулинзависимым сахарным диабетом (ИЗСД) детей в Москве с последующим мониторингом установил следующую частоту: от 10,55 до 11,9 на 100 тыс. детского населения [2, 5]. Оптимизация оказания медицинской помощи детям, больным диабетом, имеет важное медико-социальное значение. ВОЗ и Международная диабетическая федерация (1989), как известно, приняли Сент-Винсентскую декларацию по оказанию помощи больным СД, опеределили глобальную концепцию лечения и профилактики поздних сосудистых осложнений [1, 3, 4, 7, 8]. И.Г.Сичинава с соавт. [6] при скрининговом обследовании диагностировали диабетические осложнения у 40-45% детей допубертатного и пубертатного возраста. Основное место в профилактике диабетических микроангиопатий у детей занимает достижение максимальной компенсации метаболизма, обучение системе самоконтроля.

В Рязанской области было организовано и профинансировано проведение летнего отдыха детей с ИЗСД в санатории «Колос» с обучением в «Школе диабета».

Обучение детей осуществлялось по унифицированной программе, которая включала проведение анкетирования, ежедневное определение гликемического профиля (глюкометр Supreme Huroguard, Великобритания), расчет хлебных единиц (ХЕ) с коррекцией инсулинотерапии. Оценивалась степень физических нагрузок, определялись глюкоза и ацетон в моче с помощью тест-полосок.

На базе санатория «Колос» в течение одной смены (24 дня) провели санаторное лечение с обучением в «Школе диабета» 10 детей с ИЗСД в возрасте от 10 до 13 лет (2 мальчика и 8 девочек). Манифестация ИЗСД у 5 детей имела место в допубертатном возрасте и у детей в пубертате. У 5 детей имелись диабетические микроангиопатии (полинейропатия, энцефалопатия, кардиопатия, хайропатия), у 6 детей была полиэндокринная патология – сочетание ИЗСД и диффузного эутиреоидного увеличения щитовидной железы I,II степени.

Все дети находились на интенсивной инсулиновой терапии в виде базального и болюсного компонентов человеческого инсулина. У 6 детей использовали Хумулин Р, 2 – «Лизпро» (Эли Лилли) и у 2 детей в качестве болюсного компонента применяли Актирапид НМ («Ново Нордиск»). Введение инсулина осуществляли полуавтоматическими дозаторами. Короткодействующий инсулин вводили 3 раза перед основными приемами пищи: перед завтраком в подкожную клетчатку живота, перед обедом – в область плеча, перед ужином – под кожу передней поверхности бедра. Базальный инсулин вводили 2 раза в сутки вне приемов пищи перед завтраком и в 21-22 часа. Средняя суточная доза инсулина колебалась от 0,3 ЕД/кг до 0,8 ЕД/кг массы тела. В терапию включались дозированная физическая нагрузка, утренняя гимнастика, лечебные ванны, грязелечение.

Все дети поступили в состоянии декомпенсации углеводного обмена (см. таблицу). Через 10 дней пребывания в санатории отмечено снижение гликемии натощак до 8,46 ммоль/л ($p < 0,001$). У всех детей достигнута компенсация углеводного обмена.

Изменения гликемии ($M \pm m$)

Глюкоза крови, ммоль/л	При поступлении	На 10 день	При выписке
Натощак	14,21±0,68	8,46±0,77 $p < 0,001$	8,63±0,39 $p < 0,001$
В обед	13,93±1,18	12,66±1,1 $p > 0,05$	9,34±0,98 $p < 0,02$
В ужин	13,43±0,84	14,25±1,49 $p > 0,05$	8,84±0,36 $p < 0,001$

p – показатель достоверности по отношению к данным при поступлении.

Самочувствие детей за время пребывания в санатории оставалось хорошим, ни у одного ребенка не было гипогликемических состояний и кетоацидоза. Исследование суточного гликемического профиля позволило корректировать дозу базального инсулина; его

введение в 21-22 ч способствовало снижению глюкозотоксичности ночью и в ранние утренние часы.

У всех детей в «Школе диабета» достигнута положительная мотивация на обучение. Благодаря ежедневному самоконтролю имелась возможность меньшего ограничения в диете и достижения психологического комфорта. Хорошая и удовлетворительная компенсация углеводного обмена сохранилась у большинства детей в течение 6-9 мес. При наблюдении через 9 мес. течение СД было стабильным. Уровень глюкозы крови натощак при мониторинговом наблюдении составил $7,7 \pm 0,64$ ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина – 7-8%.

Таким образом, опыт проведения санаторно-реабилитационного лечения детей с ИЗСД в Рязанской области показал преимущество психологических аспектов лечения в достижении и сохранении хорошего метаболического контроля.

Литература

1. Дедов И.И. Сахарный диабет: принципы медико-социальной защиты больных. – М., 1997.
2. Древаль А.В., Римарчук Г.В., Лосева В.А. и др. // Пробл. эндокринолог. 1997. – № 2. – С. 3-5.
3. Жук Е.А., Галенюк В.А., Селезнева Н.И. и др. // пробл. эндокринолог. 1996. – № 2. – С. 11-13.
4. Консенсус по основным принципам лечения больных инсулинзависимым(1 типа) сахарным диабетом (ИЗСД) детей и подростков. – Копенгаген, 1995. – 43 с.
5. Петеркова В.А., Щербачева Л.Н., Сунцов Ю.И. и др. // Тезисы докладов I Российского диабетологического конгресса. – М., 1998. – С 245.
6. Сичинава И.Г., Касаткина Э.П., Лобанова А.М. // Тезисы докладов I Российского диабетологического конгресса. – М., 1998. – С. 283.
7. Barbosa J., Rich S.S. // Immunology of Endocrine Disorders/ Eds N.R. Farid, A.R.Liss. – New York, 1988. – P. 163-202.
8. Dorman Y.S., Laporte R.T., Kuller L.H. et al// Diabets. – 1983. – Vol 33. – P. 274-276.